

MODULO DI DISDETTA

Spettabile
Cardif
Back Office Protezione - Post vendita Casella
Postale 231
20123 Milano (MI)
E-mail: lineapersone@cardif.com

OGGETTO: RICHIESTA DI DISDETTA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

DATI IDENTIFICATIVI CONTRATTO:

Numero Contratto	
Prodotto	
Codice Convenzione	
Partner (intermediario che ha proposto la polizza assicurativa)	
Nome e Cognome Aderente	
Codice Fiscale Aderente	
Data e luogo di nascita Aderente	
Indirizzo di contatto (posta / mail)	

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

La DISDETTA della polizza assicurativa indicata nel modulo, rinunciando pertanto alle coperture assicurative ad essa associate a partire dal primo rinnovo utile, così come previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione.

Trasmetto in allegato la seguente documentazione affinché possiate procedere alla gestione della richiesta:

- Documento di identità in corso di validità, fronte e retro
- Codice Fiscale

(Luogo e data)

(Firma cliente per esteso)
